CS - 9M
C. P. – CHUM

Mémoire
présenté à la

Commission spéciale sur le choix du futur site du CHUM

par

l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal

Le 2 mars 2005

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Montréal

CS - 9M
C. P. – CHUM

Mémoire
présenté à la

Commission spéciale sur le choix du futur site du CHUM

par

l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal

Le 2 mars 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

106-04217/

DISTRIBUTION

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX
DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL
SERVICE DES COMMUNICATIONS
3725, RUE SAINT-DENIS
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3L9
TÉLÉPHONE : (514) 286-6500, POSTE 5599
SITE WEB : WWW.SANTEMONTREAL.QC.CA

LA REPRODUCTION DE CE DOCUMENT EST AUTORISÉE AVEC MENTION DE LA SOURCE. TOUTE REPRODUCTION DOIT ÊTRE FIDÈLE AU TEXTE UTILISÉ.

NOTE : LE MASCULIN EST PRIS DANS SON SENS GÉNÉRIQUE ET DÉSIGNE AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES.

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Québec Montréal

Mémoire
présenté à la

Commission spéciale sur le choix du futur site du CHUM

par

l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal

Le 2 mars 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

1. LA NOUVELLE ORGANISATION DES SERVICES À MONTRÉAL 3

1.1 Rappel des objectifs et des principes directeurs 3

1.2 Le portrait à Montréal 5

1.3 Le rôle du CHUM dans la nouvelle organisation de services 9

2. BESOINS DE LA POPULATION ET OFFRE DE SERVICES HOSPITALIERS 11

2.1 Les besoins hospitaliers de soins de 1re et 2e ligne par territoire de CSSS 12

2.2 L'offre de services hospitaliers de 1re et 2e ligne 13

2.3 Écart entre les besoins et l'offre de services 14

2.4 La situation du CHUM 15

2.5 La situation dans le Centre-Ouest de Montréal 15

2.6 La situation dans l'Est et le Centre-Est de Montréal 16

2.7 Impacts du choix du CHUM de 700 lits à Outremont 17

2.8 Impacts du choix du CHUM au 1000, rue Saint-Denis 18

3. LA SITUATION DANS LES SALLES D'URGENCE À MONTRÉAL 19

3.1 Répartition du volume d'activité des urgences entre le CHUM et l'hôpital complémentaire ... 19

3.2 Impact du choix du site Outremont sur les services d'urgence 21

3.3 Impact du choix du site 1000, rue Saint-Denis, sur les services d'urgence 21

4. LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LE CHUM ET LE CUSM 22

5. MÉTHODOLOGIE POUR L'ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES SITES 24

CONCLUSION 26

LISTE DES CARTES ET DES TABLEAUX

Carte 1 – Île de Montréal – Territoire des CSSS 5

Carte 2 – Île de Montréal – Territoire des CSSS et centres hospitaliers 6

Carte 3 – Île de Montréal – Répartition des territoires de CSSS par RUIS 7

Carte 4 – Bassin de desserte immédiat du CHUM 10

Carte 5 – Trajet entre la cour Glen et le 1000, rue Saint-Denis 22

Carte 6 – Trajet entre la cour Glen et la cour Outremont 23

Tableau 1 – CSSS montréalais incluant un hôpital communautaire 6

Tableau 2 – CSSS montréalais avec hôpital de 1ère instance 6

Tableau 3 – Langues d'expression de la population montréalaise par territoire de CSSS 8

Tableau 4 – Utilisation des lits du CHUM 9

Tableau 5 – Besoins de la population par territoire de CSSS 12

Tableau 6 – Offre de services par les hôpitaux de Montréal 13

Tableau 7 – Besoins en lits et réponse aux besoins par les établissements 14

Tableau 8 – Réponse aux besoins en lits d'hospitalisation – Centre-Ouest 15

Tableau 9 – Réponse aux besoins en lits d'hospitalisation – Est et le Centre-Est 16

Tableau 10 – Répartition des activités 20

INTRODUCTION

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (Agence) soumet le présent mémoire à la Commission spéciale sur le choix du site du futur CHUM afin de rappeler les conclusions des travaux qu'elle a menés depuis 2003 dans le but de définir les ressources requises sur son territoire, et plus particulièrement au CHUM, pour répondre aux besoins de santé de la population. Ce faisant, l'Agence souhaite contribuer de façon constructive au débat sur l'emplacement du futur CHUM.

Depuis 2003, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence a produit diverses études ou avis en rapport avec l'emplacement du futur CHUM :

- Cadre de mise en œuvre du projet majeur CHUM – Lettre adressée à M. Juan Roberto Iglesias, sous-ministre, MSSS, 3 septembre 2003;
- Document de soutien aux balises de la Régie régionale de Montréal-Centre pour les projets des deux centres hospitaliers universitaires de Montréal – Document transmis à M. Juan Roberto Iglesias, sous-ministre, MSSS, Décembre 2003;
- Commentaires de la Régie régionale à l'égard du Projet CHUM 2010 du 15 décembre 2003, Résolution du conseil d'administration de la Régie et lettre de transmission au ministre Philippe Couillard, 17 décembre 2003;
- Cadre de mise en œuvre du projet majeur CHUM / Scénario alternatif proposé par l'Université de Montréal – Lettre adressée à M. Juan Roberto Iglesias, sous-ministre, MSSS, 3 septembre 2004.

Chacun de ces documents a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence et rendu public. On peut se les procurer sur le site Web de l'Agence au www.santemontreal.qc.ca.

À la demande de la SICHUM, l'Agence a également transmis, par l'intermédiaire de sa Direction de santé publique, une étude intitulée *Lignes directrices pour la réalisation des évaluations de conséquences sur la santé des accidents industriels majeurs et leur communication au public* (Luc Lefebvre et al., février 2001). Ce document a été rendu public à la suite de sa diffusion partielle dans les médias en février 2005.

Conformément à son mandat, l'Agence a concentré ses travaux sur les besoins de la population. Les autres composantes du projet – nombre de lits requis pour les besoins des missions universitaires, coûts de construction et impact sur le design urbain, par exemple – ont été déterminées par la

SICHUM ou l'Université de Montréal et n'ont fait l'objet d'aucune analyse ou évaluation de la part de l'Agence.

Par ailleurs, à Montréal comme dans l'ensemble du Québec, le réseau de la santé et des services sociaux est engagé dans une réorganisation majeure visant à renforcer les services de 1re ligne, à faciliter l'accès aux services et à rapprocher les services de la population et des malades. Pour soutenir cette transformation, le gouvernement a créé 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), ainsi que quatre Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), couvrant l'ensemble du territoire québécois. Sur l'île de Montréal, on retrouve ainsi maintenant deux RUIS et 12 RLS ayant chacun un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) comme instance locale.

L'Agence souscrit entièrement aux objectifs de la réorganisation qui s'amorce. Déjà, des efforts importants ont été investis dans le déploiement des RUIS et, surtout, dans l'implantation des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sur chaque territoire de RLS à Montréal. De l'avis de l'Agence, le choix du site du futur CHUM doit s'inscrire dans la nouvelle organisation des services et prendre en compte les exigences qui en découlent.

Ce mémoire comprend cinq (5) sections, correspondant chacune à une dimension que les travaux de l'Agence ont permis de documenter et qu'il importe, selon l'Agence, de considérer en priorité dans le choix de l'emplacement du futur CHUM. Dans la première section, on trouvera le portrait général de l'organisation des services de santé à Montréal; une attention particulière est portée à la place du CHUM dans cette organisation de services. Les besoins de la population et l'offre de services hospitaliers de 1re et 2e ligne à Montréal sont présentés dans la deuxième section, suivis d'une revue des principales conséquences de l'implantation du CHUM sur chacun des deux sites à l'étude, soit la cour de triage Outremont et le 1000, rue Saint-Denis. La situation des salles d'urgence et l'impact prévisible de chaque scénario sur ce secteur d'activité névralgique sont discutés dans la troisième section. Suivent, dans la quatrième section, quelques considérations sur la complémentarité entre le futur CHUM et le futur CUSM et, dans la dernière section, une discussion sur la méthodologie à privilégier dans l'évaluation de la sécurité des sites. Une brève conclusion rappelle les faits saillants du mémoire et leurs implications pour le choix du site du futur CHUM.

1. LA NOUVELLE ORGANISATON DES SERVICES À MONTRÉAL

Au moment de la création des CSSS, le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comptait 139 établissements publics et privés offrant des soins et des services dans quelque 350 installations. En juillet 2004, 54 des établissements publics ont été regroupés pour former 12 CSSS correspondant à autant de territoires géographiques. Les CLSC, les CHSLD et, le cas échéant, l'hôpital communautaire, de chaque territoire, forment les CSSS montréalais.

Aujourd'hui, le réseau montréalais comprend 97 établissements, environ 400 cliniques ou cabinets médicaux et une dizaine de Groupes de médecine de famille (GMF). Plus de 90 000 personnes y travaillent, dont 3 293 médecins spécialistes, 2 223 médecins omnipraticiens, 21 700 infirmières et quelque 8 000 autres professionnels de la santé.

Avec un budget annuel de 4,5 milliards de dollars (2004-2005), le réseau montréalais doit répondre aux besoins complexes et diversifiés de sa population en matière de prévention et de promotion de la santé, de soins et de services de santé et de services sociaux. En raison de la présence de quatre universités et de nombreux établissements à vocation universitaire, dont deux centres hospitaliers universitaires (CHU) pour adultes, le CHUM et le CUSM, et un CHU mère-enfant, l'Hôpital Ste-Justine, le réseau montréalais offre aussi un large éventail de services ultraspécialisés à la population des autres régions du Québec.

1.1 Rappel des objectifs et des principes directeurs

La réorganisation du réseau québécois de la santé et des services s'est amorcée en juin 2004, avec l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Pour l'essentiel, cette réorganisation vise quatre grands objectifs :

- décentraliser le pouvoir de décision vers le niveau local;
- renforcer les services de 1re ligne;
- garantir l'accès aux services;
- rapprocher les services de la population et des malades.

Deux grands principes guident ce changement majeur :

- l'approche populationnelle;
- la hiérarchisation des services.

L'approche populationnelle

Suivant le principe de l'approche populationnelle, les CSSS et leurs partenaires locaux ont une responsabilité collective reconnue envers la population de leur territoire. Ils assument cette responsabilité en faisant converger les efforts visant à maintenir et à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, en rendant accessibles les services requis et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé.

Chaque CSSS est ainsi responsable, avec les partenaires de son réseau local, de tous les services de santé et les services sociaux requis par la population résidant sur son territoire, incluant les services hospitaliers de 1re et 2e ligne. Lorsque le CSSS ne comprend pas d'hôpital, un centre hospitalier de la région est désigné comme hôpital de 1re instance et devient responsable de l'offre de services hospitaliers de 1re et 2e ligne à cette population.

Dans l'esprit de la nouvelle loi, les services dispensés à la population doivent être accessibles le plus près possible du lieu de résidence afin de faciliter le cheminement des malades. C'est le cas, tout particulièrement, pour les malades qui doivent consulter ou recevoir des traitements en externe ou à l'urgence, et pour les clientèles dites vulnérables, soit les personnes âgées et celles atteintes de maladie chronique, qui requièrent un soutien et des soins plus intensifs et continus. Pour ces personnes, la présence d'un hôpital à proximité s'avère primordiale.

La hiérarchisation des services

Le principe de hiérarchisation vise à garantir une meilleure complémentarité des services et à faciliter le cheminement des usagers entre les dispensateurs de services de 1re, 2e et 3e ligne.

Suivant ce principe, le CSSS est responsable de l'offre de services de santé et de services sociaux de 1re ligne ainsi que des services hospitaliers de 1re et 2e ligne requis pour la population de son territoire, soit directement, soit au moyen d'ententes avec son hôpital de 1re instance ou avec d'autres partenaires comme un centre jeunesse, un centre de réadaptation ou un organisme communautaire, par exemple. La même logique s'applique pour les services spécialisés et ultraspécialisés qui seront rendus accessibles à la population au moyen des corridors de services établis entre le CSSS et les établissements désignés pour offrir ce type de services, notamment les CHU et les centres universitaires affiliés.

Les RUIS sont appelés à jouer un rôle de premier plan à ce chapitre dans la mesure où les établissements membres d'un RUIS ont la responsabilité collective de garantir à la population de leur bassin de desserte un accès équitable aux services ultraspécialisés tout en soutenant les CSSS situés dans leur bassin de desserte dans l'offre de services de 1re et 2e ligne.

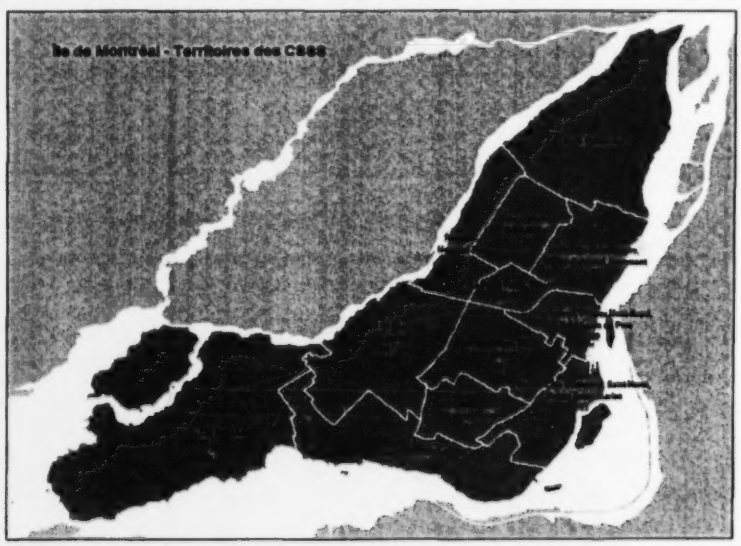
On comprend donc que **le CSSS constitue maintenant l'assise de la nouvelle organisation de services en assurant l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population de son territoire, tant pour les services de 1re et 2e ligne que pour les services ultraspécialisés.**

1.2 Le portrait à Montréal

1.2.1 Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS)

L'île de Montréal est divisée en 12 territoires de CSSS. Fruit d'une large consultation publique, ce découpage reflète les dynamiques locales ainsi que les habitudes de la population en matière de consommation des services de santé et des services sociaux. Il respecte également la cohérence géographique ainsi que les réalités linguistiques et culturelles de Montréal.

Carte 1



Cinq des douze CSSS montréalais incluent un hôpital à vocation communautaire, alors que les sept autres sont appelés à établir un contrat de 1re instance avec un hôpital désigné à cette fin (hôpital de 1re instance).

Les RUIS sont appelés à jouer un rôle de premier plan à ce chapitre dans la mesure où les établissements membres d'un RUIS ont la responsabilité collective de garantir à la population de leur bassin de desserte un accès équitable aux services ultraspécialisés tout en soutenant les CSSS situés dans leur bassin de desserte dans l'offre de services de 1re et 2e ligne.

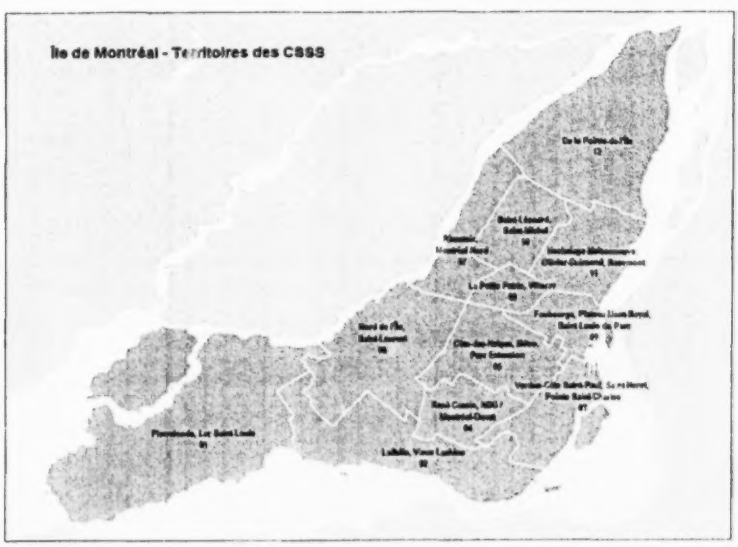
On comprend donc que **le CSSS constitue maintenant l'assise de la nouvelle organisation de services en assurant l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population de son territoire, tant pour les services de 1re et 2e ligne que pour les services ultraspécialisés**.

1.2 Le portrait à Montréal

1.2.1 Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS)

L'île de Montréal est divisée en 12 territoires de CSSS. Fruit d'une large consultation publique, ce découpage reflète les dynamiques locales ainsi que les habitudes de la population en matière de consommation des services de santé et des services sociaux. Il respecte également la cohérence géographique ainsi que les réalités linguistiques et culturelles de Montréal.

Carte 1



Cinq des douze CSSS montréalais incluent un hôpital à vocation communautaire, alors que les sept autres sont appelés à établir un contrat de 1re instance avec un hôpital désigné à cette fin (hôpital de 1re instance).

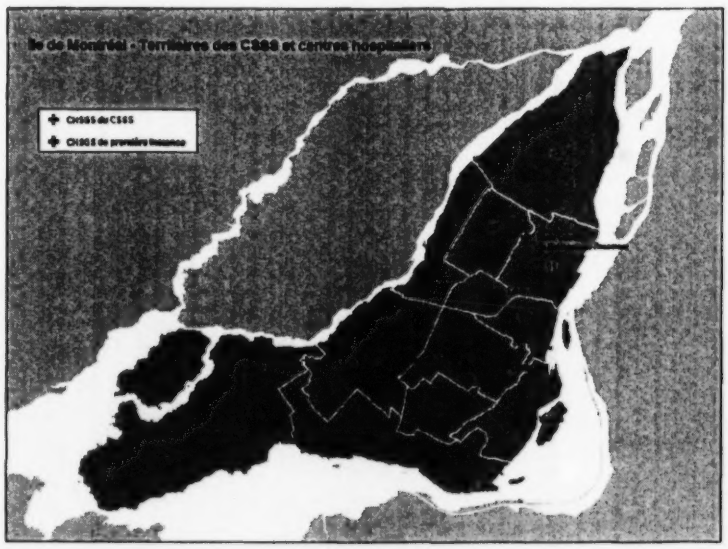
Tableau 1 - CSSS montréalais incluant un hôpital communautaire

CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis	incluant l'Hôpital général du Lakeshore
CSSS de LaSalle et du Vieux-Lachine	incluant les Centres hospitaliers de LaSalle et de Lachine
CSSS Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles	incluant le Centre hospitalier de Verdun
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	incluant le Centre hospitalier Fleury
CSSS de La Petite-Patrie et Villeray	incluant l'Hôpital Jean-Talon

Tableau 2 - CSSS montréalais avec hôpital de 1re instance

CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/ Montréal-Ouest	contrat de 1re instance avec le Centre hospitalier de St. Mary au nom du consortium formé par le CH St.Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM
CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension	contrat de 1re instance avec le Centre hospitalier de St. Mary au nom du consortium formé par le CH St. Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM
CSSS Nord-de-l'Île et Saint-Laurent	contrat de 1re instance avec l'Hôpital du Sacré-Cœur
CSSS Des Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc	contrat de 1re instance avec le CHUM
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	contrat de 1re instance avec l'Hôpital Santa Cabrini
CSSS de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont	contrat de 1re instance avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CSSS de la Pointe-de-l'Île	contrat de 1re instance avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

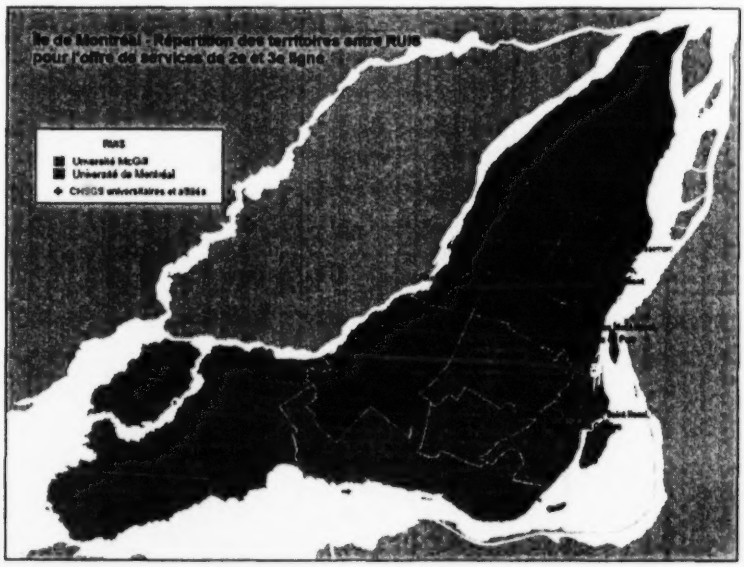
Carte 2



1.2.2 Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)

Il existe deux RUIS à Montréal, soit celui de l'Université de Montréal et celui de l'Université McGill, qui se partagent les 12 territoires des CSSS de Montréal en fonction des bassins de desserte de leurs hôpitaux membres. Le RUIS de l'Université de Montréal couvre ainsi 7 CSSS, alors que celui de l'Université McGill en couvre 5.

Carte 3



La carte 3 montre bien les habitudes de la population montréalaise dans ses choix d'utilisation des services de santé : la zone d'influence du RUIS de l'Université McGill comprend la partie Ouest de l'île et celle du RUIS de l'Université de Montréal occupe la partie Est. On voit aussi que les principaux établissements montréalais de chacun des RUIS sont situés dans la zone d'influence de leur RUIS.

1.2.3 L'accès aux services en langue anglaise

Lors du dernier recensement, l'île de Montréal comptait 1 783 000 résidants, dont 1 179 000 d'expression française, 565 000 d'expression anglaise et près de 39 000 allophones.

Le tableau 3 montre que la population est majoritairement anglophone dans trois territoires de CSSS, soit le CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis, le CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest et le CSSS de Côte-des- Neiges, Métro et Parc-Extension.

Tableau 1 - CSSS montréalais incluant un hôpital communautaire

CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis	incluant *l'Hôpital général du Lakeshore*
CSSS de LaSalle et du Vieux-Lachine	incluant les Centres hospitaliers de LaSalle et de Lachine
CSSS Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe-Saint-Charles	incluant le Centre hospitalier de Verdun
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	incluant le Centre hospitalier Fleury
CSSS de La Petite-Patrie et Villeray	incluant l'Hôpital Jean-Talon

Tableau 2 - CSSS montrealais avec hôpital de 1re instance

CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/ Montreal-Ouest	contrat de 1re instance avec le Centre hospitalier de St. Mary *au nom du consortium formé par* le CH St Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM
CSSS de Côte-des-Neiges, Metro et Parc-Extension	contrat de 1re instance avec le Centre hospitalier de St Mary au nom du consortium formé par le CH St. Mary, *l'Hôpital général juif* et le CUSM
CSSS Nord-de-l'Île et Saint-Laurent	contrat de 1re instance avec l'Hôpital du Sacré-Cœur
CSSS Des Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc	contrat de 1re instance avec le CHUM
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	contrat de 1re instance avec l'Hôpital Santa Cabrini
CSSS de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont	contrat de 1re instance avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CSSS de la Pointe-de-l'Île	contrat de 1re instance avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Carte 2

1.2.2 Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)

Il existe deux RUIS à Montréal, soit celui de l'Université de Montréal et celui de l'Université McGill, qui se partagent les 12 territoires des CSSS de Montréal en fonction des bassins de desserte de leurs hôpitaux membres. Le RUIS de l'Université de Montréal couvre ainsi 7 CSSS, alors que celui de l'Université McGill en couvre 5.

Carte 3

La carte 3 montre bien les habitudes de la population montréalaise dans ses choix d'utilisation des services de santé : la zone d'influence du RUIS de l'Université McGill comprend la partie Ouest de l'île et celle du RUIS de l'Université de Montréal occupe la partie Est. On voit aussi que les principaux établissements montréalais de chacun des RUIS sont situés dans la zone d'influence de leur RUIS.

1.2.3 L'accès aux services en langue anglaise

Lors du dernier recensement, l'île de Montréal comptait 1 783 000 résidants, dont 1 179 000 d'expression française, 565 000 d'expression anglaise et près de 39 000 allophones.

Le tableau 3 montre que la population est majoritairement anglophone dans trois territoires de CSSS, soit le CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis, le CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest et le CSSS de Côte-des- Neiges, Métro et Parc-Extension.

Tableau 3 - Langues d'expression de la population montréalaise par territoire de CSSS

Territoire	Français	Anglais	Autres (allophones)
CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis	37,8 %	61,3 %	1,0 %
CSSS de LaSalle et du Vieux-Lachine	57,1 %	41,4 %	1,6 %
CSSS Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles	73,1 %	25,7 %	1,2 %
CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest	31,1 %	66,9 %	2,0 %
CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension	44,9 %	51,3 %	3,8 %
CSSS du Nord-de-l'Île et Saint-Laurent	57,2 %	38,4 %	4,4 %
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	85,2 %	12,8 %	2,0 %
CSSS de La Petite-Patrie et Villeray	84,4 %	13,3 %	2,4 %
CSSS Des Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc	82,6 %	15,6 %	1,8 %
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	70,9 %	24,3 %	4,9 %
CSSS de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont	90,8 %	8,5 %	0,7 %
CSSS de la Pointe-de-l'Île	86,2 %	12,8 %	1,0 %

Source : Recensement 2001

Cette réalité linguistique et culturelle se reflète dans l'offre de services. Ainsi :

- 37 établissements et installations du réseau montréalais sont désignés pour offrir l'ensemble de leurs services en français et en anglais;
- 45 autres doivent offrir certains services en anglais en plus des services en français;
- 21 établissements et installations ont un programme d'accès aux communautés culturelles.

Deux CSSS, soit le CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest et le CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension, sont tenus de rendre accessibles tous leurs services en langue anglaise, car ils ne regroupent que des installations reconnues en vertu de la Charte de la langue française et désignées pour ce faire par le décret 848-99 du MSSS. Les dix autres CSSS regroupent au moins deux installations (CLSC) indiquées, c'est-à-dire devant offrir certains services en anglais, tel que prévu au décret.

1.3 Le rôle du CHUM dans la nouvelle organisation de services

Les trois installations du CHUM actuel sont situées sur le territoire du CSSS Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc, pour lequel le CHUM est désigné hôpital de 1re instance. Les données montrent :

1. que 22 % de la clientèle du CHUM en soins de 1re et 2e ligne provient de ce territoire local, ce qui représente 198 lits;
2. que le CHUM répond à 67 % des besoins de soins hospitaliers de 1re et 2e ligne de la population de ce même territoire.

Le CHUM répond aussi aux besoins d'hospitalisation de 1re et 2e ligne d'une proportion importante des populations des territoires de CSSS avoisinants. Ces besoins sont comblés par le CHUM à hauteur de :

- 26 % pour les résidants du CSSS de La Petite-Patrie et Villeray;
- 24 % pour ceux du CSSS de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont ;
- 13 % pour ceux du CSSS de la Pointe-de-l'Île.

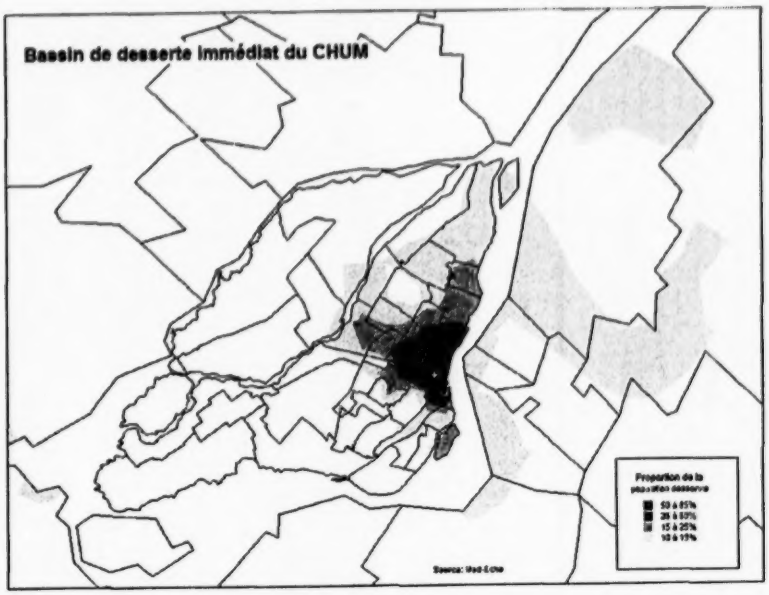
Les hospitalisations provenant de ces quatre territoires représentent 435 lits au CHUM, soit 41 % de l'ensemble des lits du CHUM (voir tableau 4). En outre, il est probable que cette même proportion s'applique à l'utilisation des services ambulatoires et des services d'urgence du CHUM par les populations de ces quatre territoires de CSSS.

En résumé, ces données font ressortir la grande interdépendance des populations du Centre-Est et de l'Est avec le CHUM, illustrée par la carte 4.

Tableau 4 - Utilisation des lits du CHUM

Niveau de soins	Lits utilisés par la population du Centre-Est et de l'Est de Montréal	Total des lits utilisés	% des niveaux de soins
1re et 2e ligne	435	910	86 %
3e ligne	28	148	14 %
Total	463	1058	100 %

Carte 4



2. BESOINS DE LA POPULATION ET OFFRE DE SERVICES HOSPITALIERS

La population de Montréal consomme presque tous ses soins et services de santé dans la région. Les besoins varient toutefois d'un territoire de CSSS à l'autre en fonction de différents facteurs, tel le profil sociodémographique ou sanitaire de la population. Pour mieux comprendre les besoins de la population et favoriser, à terme, une meilleure adéquation entre l'offre de services hospitaliers et la demande de soins, il est important de bien cerner la situation actuelle de l'offre de services de la région.

Cette section présente le portrait des besoins en lits par territoire de CSSS, la répartition de l'offre de services hospitaliers par territoire, ainsi que le taux de réponse aux besoins par les centres hospitaliers locaux et les hôpitaux de 1re instance. La situation particulière du CHUM et l'impact de son déplacement éventuel vers la cour Outremont y sont également analysés sous l'angle de la réponse aux besoins de la population.

Au départ, rappelons qu'actuellement, le CHUM offre des services hospitaliers de 1re et 2e ligne dans une proportion de 86 %, soit l'équivalent de 910 lits utilisés à 85 %, alors que les soins et services de 3e ligne y représente 14 % des activités et requièrent 148 lits.

2.1 Les besoins hospitaliers de soins de 1re et 2e ligne par territoire de CSSS

Le tableau 5 présente les besoins en lits de 1re et 2e ligne de la population de chaque territoire de CSSS, lesquels ont été évalués à partir des lits utilisés actuellement par la population de ces territoires. On notera qu'un total de 4 257 lits est requis à Montréal pour couvrir l'ensemble des besoins en hospitalisation de 1re et 2e ligne.

Tableau 5

SERVICES HOSPITALIERS DE 1re ET 2e LIGNE : Nombre de lits requis[1]
BESOINS DE LA POPULATION PAR TERRITOIRE DE CSSS

CSSS	Population	Lits requis[1]
CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis	204 645	328
CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine	131 855	329
CSSS de Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles	129 580	396
CSSS René Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/ Montréal-Ouest	117 655	280
CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension	219 000	448
CSSS du Nord-de-l'Île et Saint-Laurent	124 600	269
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	161 415	425
CSSS de La Petite-Patrie et Villeray	107 965	257
CSSS Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc	136 475	295
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	123 165	288
CSSS de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont	170 830	474
CSSS de la Pointe-de-l'Île	185 330	468
	1 812 515	4257

[1] Selon les lits utilisés par la population, calculés avec un taux d'occupation des lits de 85%

2.2 L'offre de services hospitaliers de 1re et 2e ligne

Le tableau 6 montre que l'offre de services hospitaliers de 1re et 2e ligne par les hôpitaux montréalais correspond à 5 225 lits[1]. On notera que :

- 968 lits de la région sont utilisés par la population des régions limitrophes, majoritairement celle de Montérégie;
- 142 des 244 lits utilisés au CHUM par la population de l'extérieur de Montréal, le sont par des patients de Montérégie et pour des soins de 1re et 2e ligne;
- avec la nouvelle organisation des services au Québec, on peut s'attendre à une hausse des services de proximité dans chaque territoire de CSSS et, en conséquence, à une plus forte rétention des populations dans leur région de résidence et à un meilleur accès aux services hospitaliers pour les Montréalais et Montréalaises.

Tableau 6

SERVICES HOSPITALIERS DE 1re ET 2e LIGNE : Nombre de lits[1]
OFFRE DE SERVICES PAR LES HÔPITAUX DE MONTRÉAL

	Nombre total de lits	%	Lits utilisés par la population de Montréal	Lits utilisés par la population hors-région
Hôpital Général du Lakeshore	225	4%	184	41
Centre hospitalier de LaSalle	81	2%	72	9
Centre hospitalier de Lachine	75	1%	71	4
Centre hospitalier de verdun	243	5%	233	10
Centre hospitalier St-Mary's	235	4%	212	23
Hôpital Général Juif	477	9%	411	66
CUSM	776	15%	591	185
Hôpital du Sacré-Coeur	456	9%	255	201
Centre hospitalier Fleury	133	3%	118	15
Hôpital Jean-Talon	213	4%	199	14
CHUM	910	17%	666	244
Hôpital Santa Cabrini	284	5%	269	15
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	543	10%	450	93
Autres établissements de la région**	574	11%	526	48
	5 225	100%	4 257	968

**L'Hôpital Ste-Justine, l'Institut de cardiologie de Montréal, les hôpitaux psychiatriques Douglas et Louis-H. Lafontaine

[1] Selon les lits utilisés par la population, calculés avec un taux d'occupation des lits de 85 %

2.3 Écart entre les besoins et l'offre de services

Les habitudes de consommation de la population découlent jusqu'à présent de plusieurs facteurs, dont la disponibilité de services ambulatoires ou hospitaliers à proximité du lieu de résidence. De ce fait, la réponse aux besoins de soins de 1re et 2e ligne par le centre hospitalier local ou l'hôpital de 1re instance est insuffisante dans plusieurs territoires de CSSS. Une partie des besoins non comblés est assumée par d'autres établissements de la région.

Tableau 7

SERVICES HOSPITALIERS DE 1re ET 2e LIGNE
BESOINS EN LITS ET RÉPONSE AUX BESOINS PAR LES ÉTABLISSEMENTS

CSSS	Lits requis	Centre hospitalier local ou hôpital de 1re instance	Réponse aux besoins actuels	Autres établissements offrant des services à cette population
CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis	328	CSSS: Hôpital général du Lakeshore	49%	Consortium McGill* (33%)
CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine	328	CSSS: CH de Lachine et CH LaSalle	33%	Consortium Mc Gill* (24%) et Centre hospitalier de Verdun (16%)
CSSS de Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles	398	CSSS: CH de Verdun	43%	CUSM (18%)
CSSS René Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest	280	Consortium McGill*	90%	
CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension	448	Consortium McGill*	78%	CHUM (13%)
CSSS du Nord-de-l'Île et Saint-Laurent	269	Hôpital du Sacré-Coeur	40%	Consortium McGill* (42%)
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	425	CSSS: CH Fleury	22%	Hôpital du Sacré-Coeur (19%), CHUM (13%) et Hôpital Maisonneuve-Rosemont (12%)
CSSS de La Petite-Patrie et Villeray	257	CSSS: Hôpital Jean-Talon	38%	CHUM (26%)
CSSS Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc	295	CHUM	57%	CUSM (11%)
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	288	Hôpital Santa-Cabrini	26%	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (20%) CHUM (11%)
CSSS de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont	474	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	31%	CHUM (24%), Autres (19%) et Hôpital Santa-Cabrini (13%)
CSSS de la Pointe-de-l'Île	488	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	30%	Autres (29%) Hôpital Santa-Cabrini (16%) et CHUM (13%)

* Hôpital St-Mary's, Hôpital Général Juif et CUSM

On remarque cependant que les besoins sont déjà satisfaits dans une très forte proportion par l'hôpital de 1re instance sur certains territoires dans le Centre-Ouest. C'est le cas, notamment, du CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest et du CSSS Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension, qui sont desservis par le Consortium McGill[2], et où ce dernier répond respectivement à 90 % et 78 % des besoins en services hospitaliers.

[2] L'Hôpital St-Mary, l'Hôpital Général Juif et le CUSM

2.4 La situation du CHUM

- Tel que mentionné précédemment, le CHUM est désigné hôpital de 1re instance pour le CSSS Des Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc. Le CHUM consacre 22 % de ses lits de 1re et 2e ligne, soit 198 lits, à la population de ce territoire de CSSS et répond à 67 % des besoins de cette même population en services hospitaliers.
- Le CHUM et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sont les principaux établissements qui offrent des services hospitaliers aux résidants de l'Est et du Centre-Est de Montréal. Le CHUM contribue déjà grandement à l'accessibilité des soins pour la population de ce secteur, puisqu'il compense en bonne partie l'insuffisance de lits dans les territoires adjacents au sien.
- Actuellement, 85 % des hospitalisations au CHUM sont pour des soins de 1re et 2e ligne, ce qui représente 910 lits, dont une très large part, soit 435, sont utilisés par la population de l'Est et du Centre-Est comparativement à 244 pour la population hors-région.

2.5 La situation dans le Centre-Ouest de Montréal

Le tableau 8 présente la situation actuelle de l'offre de services hospitaliers dans le Centre-Ouest de Montréal.

Tableau 8

SERVICES HOSPITALIERS DE 1re ET 2e LIGNE : Nombre de lits[1]
RÉPONSE AUX BESOINS EN LITS D'HOSPITALISATION

Centre-Ouest	Besoins en lits	Réponse aux besoins			Total des 3 CH		Écart en lits
		CUSM	Juif	St-Mary	en #	en %	
CSSS René Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest	280	85	119	49	253	90%	-27
CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension	448	144	133	70	347	78%	-101
Sous-total - Centre-Ouest	728	229	252	119	600	82%	-128

[1]Calculés avec un taux d'occupation des lits de 85%

- Les hôpitaux du Consortium McGill[3] répondent actuellement à 82 % des besoins de la population du Centre-Ouest en services hospitaliers de 1re et 2e ligne, dont 90 % pour le CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest, et 78 % pour le CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension;
- Seulement 128 lits supplémentaires sont requis pour couvrir l'ensemble des besoins de la population de ce secteur;

- Avec 728 lits requis en tout, l'offre de services du Consortium McGill excède le besoin en lits de la population du Centre-Ouest. Selon le tableau 6, les lits de services hospitaliers de 1re et 2e ligne de ces établissements totalisent 1 488 lits;
- La localisation du CHUM de 700 lits à Outremont viendrait ajouter une disponibilité de lits dans un territoire déjà bien desservi. En termes d'accessibilité, il y aurait une surcapacité d'hospitalisation au Centre-Ouest de Montréal.
- En 2002, seulement 5,8 % des lits du CHUM ont été utilisés par la clientèle du territoire du CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension, ce qui montre qu'il n'est pas dans les habitudes des résidants de ce territoire de recourir aux services du CHUM;
- Les résidants du Centre-Ouest de Montréal sont majoritairement d'expression anglaise et le CHUM n'est pas un établissement désigné pour offrir ses services en langue anglaise.

2.6 La situation dans l'Est et le Centre-Est de Montréal

Le tableau 9 présente le besoin en lits pour les quatre territoires de CSSS de l'Est et du Centre-Est de Montréal.

Tableau 9

SERVICES HOSPITALIERS DE 1re ET 2e LIGNE : Nombre de lits[1]
RÉPONSE AUX BESOINS EN LITS D'HOSPITALISATION

Est et Centre-Est	Besoins en lits	Réponse aux besoins			Total des 3 CH		Écart
		CHUM	HMR	J.-Talon	en #	en %	en lits
CSSS de La Petite-Patrie et Villeray	257	67	20	99	186	72%	-71
CSSS Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc	295	198	18	7	223	76%	-72
CSSS de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont	474	112	147	15	274	58%	-200
CSSS de la Pointe-de-l'Île	468	58	141	11	210	45%	-258
Sous-total - Est et Centre-Est	1 494	435	326	132	893	60%	-601

[1]Calculés avec un taux d'occupation des lits de 85%

- Au total, 1 494 lits sont nécessaires pour couvrir les besoins en lits de la population des quatre territoires de CSSS de l'Est et du Centre-Est de Montréal;
- Les hôpitaux locaux ou de 1re instance répondent actuellement à 60 % des besoins;
- L'offre de services du CHUM représente 435 lits de soins de 1re et 2e ligne.

[3] L'Hôpital St-Mary, l'Hôpital Général Juif et le CUSM

2.7 Impacts du choix du CHUM de 700 lits à Outremont

- L'ajout des 700 lits du CHUM à Outremont se traduira par une offre excédentaire de services hospitalisés de 1re et 2e ligne pour la population du Centre-Ouest de Montréal. Ses besoins sont déjà comblés à la hauteur de 82 % par le Consortium McGill et il ne manque que 128 lits pour couvrir la totalité de ses besoins. Ces lits sont déjà disponibles dans les établissements du Consortium McGill;
- Le CHUM, situé sur un territoire où la majorité de la population est d'expression anglaise, devra ajuster ses services et les offrir également en langue anglaise. Le personnel du CHUM devra donc pouvoir s'adresser à la clientèle dans la langue de son choix;
- L'aménagement de 700 lits à Outremont limitera à 300 le nombre de lits de l'hôpital complémentaire. De ce fait, l'offre de services ne pourrait plus répondre aux besoins des populations de l'Est et du Centre-Est de Montréal, puisque la demande actuelle auprès du CHUM est de 435 lits (tableau 8). Ainsi, il manquerait 135 lits, soit 5 000 hospitalisations qui devraient être assumées par d'autres établissements. L'offre de services devra être ajustée pour l'équivalent de ces 5 000 hospitalisations;
- Les habitudes de consommation de la population de l'Est de Montréal et d'une partie du Centre-Est laissent croire que cette population sera tentée d'obtenir ses soins et services auprès des établissements à proximité de sa résidence, plutôt que de se rendre à Outremont;
- En conséquence, la perte des 135 lits se répercuterait fort probablement sur les hôpitaux situés dans ce secteur, c'est-à-dire Maisonneuve-Rosemont et Santa Cabrini, mais aussi Jean-Talon, hôpital intégré au CSSS Petite-Patrie et Villeray. Ces derniers subiraient un accroissement important de la demande d'hospitalisations, besoins auxquels l'hôpital complémentaire du CHUM ne pourrait pas répondre;
- Afin de répondre à la demande, les hôpitaux ainsi sollicités auront nécessairement besoin d'un financement additionnel. Il faudra alors procéder à un transfert budgétaire ou accroître leur financement. Notons que 5 000 hospitalisations par année représentent un peu plus que le nombre d'hospitalisations réalisées à l'Hôpital Fleury en une année avec un budget annuel d'environ 50 M$.

2.8 Impacts du choix du CHUM au 1000, rue Saint-Denis

- L'accès aux services de proximité pour la population de l'Est et du Centre-Est de Montréal est préservé;
- La cohérence avec la nouvelle organisation de soins et l'implantation des CSSS est assurée;
- La facilité d'accès est maintenue pour la population de Montérégie.

  En raison de sa proximité avec Montréal et de la pénurie de lits dans sa propre région, la population de Montérégie consomme une forte proportion de ses soins et services de santé dans les établissements montréalais. Le CHUM à lui seul reçoit tout près de 8 000 patients par année pour des hospitalisations de soins de 1re et 2e ligne, ce qui représente 142 lits. Au plan géographique, le 1000, rue Saint-Denis, est nettement plus facile d'accès que la cour Outremont pour la population de Montérégie.

3. LA SITUATION DANS LES SALLES D'URGENCE À MONTRÉAL

Cette section présente les principales conséquences que pourrait avoir le choix du futur site du CHUM sur la situation des urgences à Montréal.

Au départ, rappelons que le nombre total de visites aux urgences s'est stabilisé depuis quatre ans autour de 685 000 visites[4] par année. Parallèlement, le nombre de patients hospitalisés en provenance de l'urgence s'est légèrement accru au cours de la dernière année, après avoir connu une baisse pendant trois ans. Au CHUM, la situation est similaire, le volume d'activité de l'urgence ayant été relativement stable au cours des dernières années.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à augmenter ou à diminuer l'achalandage des urgences, mais il apparaît vraisemblable que ces divers facteurs s'annulent plus ou moins au cours des ans. Il est donc légitime de penser que le scénario le plus probable pour les prochaines années serait celui du maintien de la demande au niveau des trois dernières années. Dans ce contexte, les données de cette période peuvent être utilisées pour planifier la demande de soins d'urgence et sa répartition entre le CHU et l'hôpital complémentaire.

3.1 Répartition du volume d'activité des urgences entre le CHUM et l'hôpital complémentaire

Au total, les trois sites actuels du CHUM enregistrent 114 000 visites à l'urgence par an, dont 34 000 patients qui sont amenés en ambulance et 80 000 qui s'y rendent par leur propre moyen. En cours d'année, 15 000 hospitalisations proviennent de l'urgence.

Afin de garantir l'accès aux soins et services, il est prévu que le CHUM maintienne la part qu'il occupe actuellement dans la desserte régionale des activités d'hospitalisation et en soins d'urgence, et ce, quel que soit son emplacement futur. Les soins et services d'urgence actuels doivent donc se poursuivre sans délestage vers d'autres hôpitaux.

[4] En excluant les hôpitaux pédiatriques et psychiatriques.

Le tableau 10 montre la répartition des activités de la salle d'urgence du CHUM actuel entre le CHU localisé à Outremont et l'hôpital complémentaire de 300 lits. On notera que le volume d'activité de l'hôpital de 300 lits a été déterminé à partir des travaux réalisés antérieurement par l'Agence, en se basant sur le profil d'un hôpital de soins généraux et spécialisés où il est admis que le rapport des hospitalisations provenant de l'urgence se situe à 21 hospitalisations par lit. Appliqué à l'hôpital complémentaire, le calcul totalise 6 300 hospitalisations en provenance de l'urgence (300 lits X 21 hospitalisations par lit).

Tableau 10

RÉPARTITION DES ACTIVITÉS
ENTRE LE CHU DE 700 LITS ET L'HÔPITAL COMPLÉMENTAIRE DE 300 LITS

	CHU Outremont	Hôpital complémentaire	Total
NOMBRE DE LITS REQUIS			
- pour l'urgence	441	255	696
- pour les électifs	259	45	304
- Total	700	300	1 000
ACTIVITÉS DE L'URGENCE			
Nombre total de visites	66 000	48 000	114 000
Nombre de transports ambulanciers	19 700	14 000	34 000
Patients se rendant par leur propre moyen	46 300	34 000	80 000
Hospitalisations via l'urgence	8 700	6 300	15 000

À la lecture de ce tableau, on constate :

- que le volume d'ambulances à la cour Outremont serait très élevé, soit quelque 20 000 ambulances par année ou 55 arrivées par jour, d'où un fort risque d'encombrement des rues environnantes;

- qu'il est peu probable que le volume de visites par des patients ambulants atteigne les volumes souhaités dans cette répartition; parmi les 80 000 visites effectuées au CHUM actuel par des patients ambulants, on peut en effet penser qu'une forte majorité provient du bassin de proximité du CHUM, soit le Centre-Est et l'Est de Montréal, et que ces personnes auront tendance à se rendre à l'urgence de l'hôpital le plus près de leur lieu de résidence. Or l'hôpital de 300 lits aura une capacité d'accueil à l'urgence de 34 000 personnes ambulantes par an et il sera incapable d'absorber un achalandage excédentaire.

3.2 Impact du choix du site Outremont sur les services d'urgence

- Le volume élevé de transports ambulanciers, dans un secteur où le réseau routier ne dispose d'aucune voie rapide, peut engendrer des délais d'accès des ambulances à la salle d'urgence du CHU à Outremont, avec des risques pour la santé des malades;

- Compte tenu des habitudes de consommation de la population de l'Est et du Centre-Est de Montréal, il est probable que la clientèle se rendant à l'urgence par ses propres moyens aura tendance à se diriger vers l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ou vers l'hôpital complémentaire plutôt qu'au CHU situé à Outremont. Or l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est actuellement la plus achalandée du Québec avec 83 500 visites par année. Il est donc clair que cet établissement ne serait pas en mesure d'augmenter ses activités à la salle d'urgence, ni d'absorber les hospitalisations qui en résultent.

En conséquence, **l'Agence estime que la localisation du CHUM de 700 lits à Outremont aura pour impacts de perturber l'équilibre entre les besoins et l'offre de services pour les soins d'urgence et de créer un déficit de 135 lits dans l'Est et le Centre-Est de Montréal.**

3.3 Impact du choix du site 1000, rue Saint-Denis, sur les services d'urgence

- En raison de la présence d'un important réseau routier à proximité, le site du 1000, rue Saint-Denis, permet d'absorber un volume annuel de 20 000 transports ambulanciers sans les risques d'encombrement ou de délais appréhendés au site d'Outremont;

- La salle d'urgence du 1000, rue Saint-Denis, ayant la capacité d'accueillir et de traiter la clientèle se présentant à l'urgence par ses propres moyens, les habitudes de consommation de la population de l'Est et du Centre-Est de Montréal sont respectées. Avec 700 lits maintenus sur le territoire du CSSS Des Faubourgs, Plateau-Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc, le site du 1000, rue Saint-Denis, a aussi la capacité de recevoir les hospitalisations en provenance de l'urgence.

Pour ces raisons, **l'Agence conclut qu'il est primordial de maintenir l'accès à un minimum de 435 lits dans le territoire du CSSS des Faubourgs, Plateau-Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc. De l'avis de l'Agence, ces lits peuvent aussi bien être concentrés dans l'hôpital complémentaire que répartis entre le CHUM au 1000, rue Saint-Denis, et l'hôpital complémentaire.**

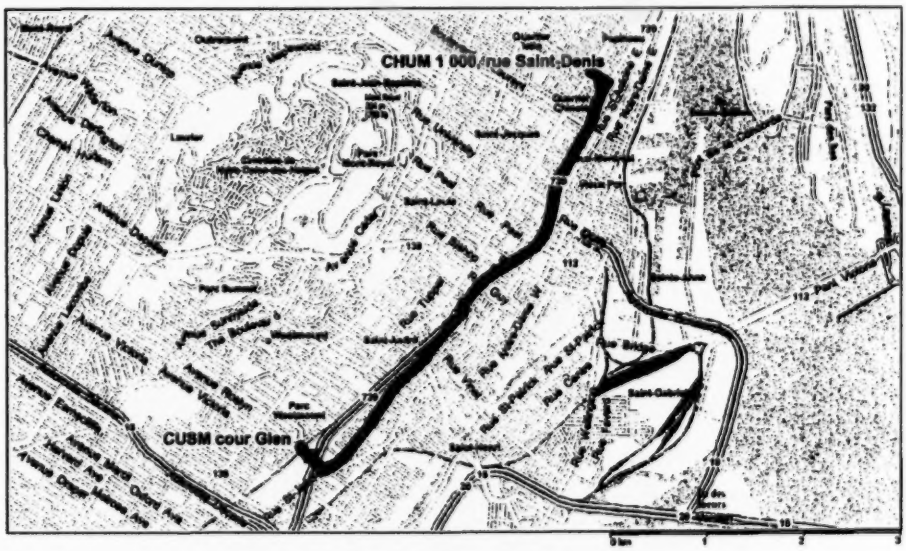
4. LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LE CHUM ET LE CUSM

L'Agence estime que la proximité géographique et la présence d'une voie d'accès rapide comptent parmi les éléments favorisant la complémentarité entre le CHUM et le CUSM au plan clinique, laquelle implique le déplacement fréquent des médecins et des patients.

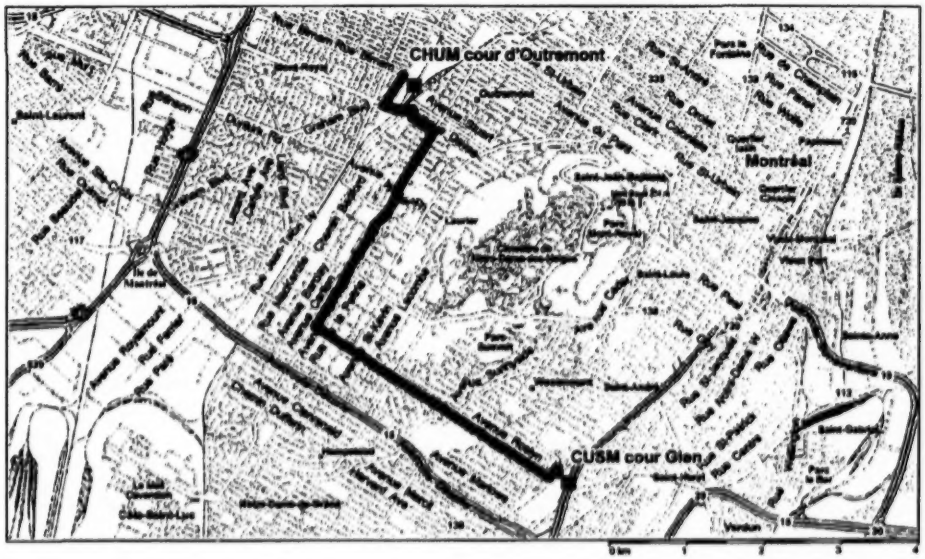
À cet égard, il convient de souligner que la distance séparant la cour Glen, site futur du CUSM, et le 1000, rue Saint-Denis, est de 5,8 km, alors qu'elle est de 11 km avec le site Outremont. Le déplacement entre la cour Glen et le 1000, rue Saint-Denis, est également favorisé par la présence d'une voie autoroutière au sud des deux sites. Ce trajet peut se faire en général en 8 minutes. Dans l'hypothèse du site Outremont, les déplacements impliquent un contournement du Mont-Royal et la traversée de plusieurs intersections très fréquentées. Aux heures de grande affluence, le déplacement entre la cour Outremont et la cour Glen pourrait excéder 60 minutes.

Selon nos évaluations, les coûts de déplacement (personnel, clientèle et matériel) entre le CUSM et le CHUM pourraient être de 40 % supérieurs si ce dernier était construit à la cour Outremont.

Carte 5 - Trajet entre la cour Glen et le 1000, rue Saint-Denis



Carte 6 - Trajet entre la cour Glen et la cour Outremont



5. MÉTHODOLOGIE POUR L'ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES SITES

Ni l'Agence ni sa Direction de santé publique (DSP) n'ont été sollicitées pour participer à l'évaluation de la sécurité des sites proposés pour l'emplacement futur du CHUM. Une étude de la DSP a cependant permis d'établir la méthodologie à privilégier ainsi que les lignes directrices pour la réalisation des évaluations de conséquences sur la santé des accidents industriels majeurs[5].

Cette étude rappelle que deux méthodes sont utilisées pour l'analyse des risques technologiques. L'une repose sur une approche probabiliste et l'autre sur une approche déterministe. Dans l'approche probabiliste, on se retrouve avec un résultat présentant une valeur de risques (conséquence X probabilité) pour un accident donné. Dans l'approche déterministe, on obtient plutôt une zone d'impact, pour un effet spécifique (ex. : décès, intoxications, brûlures, etc.) qu'aurait une substance sur des récepteurs sensibles si elle était déversée dans l'environnement.

Les différences entre les deux approches sont majeures. Ainsi, pour un projet particulier, l'approche probabiliste présentera les résultats comme étant le risque individuel de décès sur une base annuelle, pour une personne demeurant à proximité, si l'accident survenait (ex. : 10 chances sur 100 000), alors que l'approche déterministe présentera le rayon d'impact (ex. : 1,4 km) à l'intérieur duquel la concentration toxique sera supérieure à la dose létale.

Dans un contexte de planification des mesures d'urgence, ces résultats seront traités de façons différentes. Avec l'approche probabiliste, en supposant que le risque présenté est jugé inacceptable, on peut alors réduire les probabilités d'occurrence. Par diverses mesures de gestion, on pourrait réduire le risque par 10, soit 1 chance sur 100 000. Toutefois, si cet événement survenait, il aurait exactement la même conséquence. À l'opposé, avec l'approche déterministe, si on constate que la zone d'impact est trop grande et qu'elle pourrait affecter des populations sensibles (hôpitaux, écoles, etc.), on peut s'efforcer de réduire les conséquences (ex.: réduire la taille des réservoirs, s'établir dans des zones moins sensibles, etc.). On obtient alors une réduction de la zone d'impact. Ainsi, si l'événement à l'étude survenait, au lieu d'avoir un impact sur 1,4 km, on aurait un impact sur 300 mètres. Dans une telle situation, les personnes résidant à plus de 300 mètres de l'accident ne seraient plus à risque de décéder.

[5] Lefebvre, Luc, et al. *Lignes directrices pour la réalisation des évaluations de conséquences sur la santé des accidents industriels majeurs et leur communication au public.* Direction de santé publique de Montréal, Luc et al., février 2001.

Pour ces raisons, plusieurs organismes, tels que *l'Environmental Protection Agency* avec son *Risk management program*, Environnement Canada avec *son Règlement sur les urgences environnementales* et le Conseil pour la réduction des accidents industriels majeurs (CRAIM) avec son *Guide de gestion des risques d'accidents industriels majeurs*, ont produit des règlements ou des guides utilisant une approche déterministe.

À Montréal, le Centre de sécurité civile de la Ville de Montréal recommande l'utilisation de la méthodologie proposée par le CRAIM dans le cadre des comités mixtes municipalités-industries présents sur le territoire. Selon cette perspective, dans le cas où une compagnie ferroviaire choisirait de faire passer une voie ferrée pour le transport de matières dangereuses à proximité d'un centre hospitalier, le projet serait assujetti à l'évaluation environnementale du ministère de l'Environnement du Québec et la méthode déterministe serait utilisée pour évaluer les conséquences du projet et pour juger de son acceptabilité. En outre, si plusieurs sites étaient à l'étude, il serait possible d'utiliser l'approche déterministe pour identifier parmi les sites ceux ne se situant pas à l'intérieur d'une zone d'impact.

Pour des raisons de protection de la santé de la population, l'Agence conclut que l'évaluation de la sécurité des sites proposés pour l'emplacement futur du CHUM doit utiliser la méthode déterministe et respecter les exigences qui en découlent.

CONCLUSION

L'Agence reconnaît l'importance de la mission universitaire du CHUM. Il est clair que Montréal et le Québec tout entier bénéficient directement de la contribution majeure du CHUM dans la formation des médecins et des professionnels de la santé ainsi que dans les domaines de la recherche et de l'évaluation des technologies.

Nous croyons cependant que le développement de la mission universitaire du CHUM doit prendre en compte les besoins de la population montréalaise en matière de soins et de services de 1re et de 2e ligne. Quel que soit son emplacement dans le futur, le CHUM restera, au même titre que le CUSM, un acteur de premier plan dans l'offre de services généraux et spécialisés à Montréal avec la très grande majorité de ses activités consacrées aux soins de 1re et 2e ligne.

Dans cette perspective, nous croyons que le choix du futur site du CHUM doit s'inscrire dans l'esprit de la nouvelle organisation de services et viser le développement des services de 1re et 2e ligne sur une base locale, en cohérence avec l'implantation des CSSS, afin de garantir à tous les Montréalais et Montréalaises l'accès à ces services à proximité de leur lieu de résidence.

Cette nouvelle organisation des services, basée sur le renforcement des pouvoirs locaux, a été reconnue comme urgente et nécessaire par tous les experts qui se sont penchés sur la recherche de solutions durables aux problèmes du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Le gouvernement a eu le courage de prendre le virage souhaité : nous croyons qu'il faut maintenir le cap et tout mettre en œuvre pour en assurer le succès.

Dans ce mémoire, nous avons démontré que le choix du site Outremont viendrait perturber fortement la nouvelle organisation des services à Montréal. Comme nous l'avons montré, le secteur Outremont est déjà très bien pourvu en ressources hospitalières, ce qui n'est pas le cas de l'Est et du Centre-Est de l'île. Dans ce secteur, les ressources hospitalières permettent en effet de répondre aux besoins, tant pour les hospitalisations et les services ambulatoires connexes que pour les services d'urgence.

En détournant les ressources existantes dans l'Est et le Centre-Est vers le secteur Outremont, on créerait un déficit de 135 lits dans le premier secteur, ce qui aurait pour conséquence d'exercer une pression sur l'hôpital complémentaire et sur l'Hôpital Maisonneuve-Maisonneuve que ces établissements ne seraient pas en mesure d'absorber. D'où la conclusion de l'Agence à l'effet de maintenir au moins 435 lits de 1re et 2e ligne dans l'hôpital complémentaire si le site Outremont était retenu.

En ce qui concerne la sécurité des sites, notre position découle du mandat de l'Agence et de sa Direction de santé publique à l'égard de la protection de la santé de la population. Pour nous, il importe que l'évaluation environnementale des sites respecte l'approche déterministe, reconnue et adoptée par les principales agences expertes en ce domaine au Canada et aux États-Unis.

En terminant, nous remercions les membres de la Commission spéciale sur le choix du futur site du CHUM de l'attention qu'ils porteront au mémoire de l'Agence. S'il est un message que nous souhaiterions qu'ils retiennent, c'est que ce ne sont pas les malades qui doivent se rapprocher des services, mais les services qui doivent se rapprocher de la population et des malades.